



Fecha: \_\_\_\_\_

286 New Brunswick Ave  
Hopelawn, NJ 08861  
Phone # 732-910-1312 Fax# 877-423-5835

### **Formulario de la ley HIPAA**

La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- Nuestra practica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.

¿Podemos llamarle por teléfono, enviar un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas? (SI)(NO)

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular?? (SI)(NO)

¿Podemos discutir su condición médica con cualquier miembro de su familia? (SI)(NO)  
En caso afirmativo, nombre a los miembros permitidos

---

---

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_